

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
ESTÁGIO OPTATIVO
CARTA DE INTERESSE

À Comissão de Residência Médica - COREME/ICEPi,

Eu, _____, matrícula N° _____,
CPF N° _____, Registro Profissional N° _____, Médico Residente do Programa
de Residência Médica em _____, venho por meio desta, requerer autorização para
realização de Estágio Optativo.

INSTITUIÇÃO DESTINO:
SERVIÇO:
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:

PERÍODO: ____/____/____ a ____/____/____.

Segue abaixo/anexo a relação de documentos exigidos pela Instituição onde pretendo realizar o Estágio Optativo, assim como os devidos contatos.

E-mail:	Telefone: ()
DOCUMENTOS EXIGIDOS:	

_____/_____/_____
(Município)

Assinatura e carimbo
Médico Residente

Assinatura e carimbo
**Preceptor do Programa de Residência
Médica**

TERMO DE APROVAÇÃO - ESTÁGIO OPTATIVO

Eu, _____, CPF _____, Coordenador do
Programa de Residência Médica em _____, aprovo a solicitação de realização de
Estágio Optativo, conforme documento encaminhado pelo Médico Residente _____.

_____/_____/_____
(Município)

Assinatura e carimbo
Coordenador do Programa de Residência Médica